KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

NA KIERUNKU KOSMETOLOGIA

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………. Nr albumu………………………………..

Rok studiów/sem/ wymiar odbywanych praktyki……………………………………………………………………..

Miejsce realizacji praktyk zawodowych …………………...……………………………………………………………

Termin odbywania praktyki .……………………………….…….…………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Placówka świadczy szeroki wachlarz usług w zakresie kosmetologii i cieszy się uznaniem w środowisku | bardzo szeroki zakres usług | 2 |  |
| szeroki zakres usług/w trakcie zwiększania asortymentu usług | 1 |
| podstawowy zakres usług | 0 |
| Wykształcenie pracowników realizujących praktyki oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie (świadomość ról zawodowych, umiejętność przekazywania wiedzy) | Wykształcenie wyższe i wieloletnie doświadczenie | 2 |  |
| połowa pracowników z wyższym wykształceniem (mgr/lic.kosmetologii) i wieloletnim doświadczeniem | 1 |
| wyłącznie średnie wykształcenie | 0 |
| Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy | w większości | 2 |  |
| Częściowo | 1 |
| dominuje stary sprzęt | 0 |
| Doświadczenie w pracy ze studentami | zajęcia systematycznie co roku | 2 |  |
| raz na kilka lat | 1 |
| Sporadycznie | 0 |
| Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizacje efektów uczenia się | w pełni  | 2 |  |
| w większości | 1 |
| w niewielkim stopniu | 0 |
| Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur | Wszystkie | 2 |  |
| Większość | 1 |
| pojedyncze lub brak procedur | 0 |
| Zaplecze socjalne | pokój socjalny | 2 |  |
| wyznaczone miejsce do spożywania posiłków | 1 |
| Brak | 0 |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM |  |

 *Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej - ≥ 8 pkt*

 *Placówka nie spełnia kryteriów do realizacji praktyki zawodowej - ≤ 7 pkt*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zawodowej przez studenta/tkę, zgodnie z załączonym

programem praktyk w ………………………………………………………………………………………………

nazwa Zakładu/Instytucji

…………………………………………. …………………………………………….

 Pieczęć Zakładu/Instytucji data, podpis Kierownika Zakładu/Instytucji

**Opinia Kierunkowego Opiekuna Praktyk:**

Po przeanalizowaniu kryteriów, placówka uzyskała …… punktów i spełnia/nie spełnia\* kryteria wymagane
na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Radomskiego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu
do prowadzenia praktyk zawodowych na kierunku kosmetologia.

……………………………………………………..

data i podpis Kierunkowego Opiekuna Praktyk

**Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie wyboru placówki do realizacji praktyk zawodowych na kierunku kosmetologia**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki / Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki\*

 **Uzasadnienie** (w przypadku nie wyrażenia zgody) ……………………………………………….……………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…..…………………………………………………………...

 data i podpis Dziekana

\*niepotrzebne skreślić